

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE

L'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de Docteur en Chirurgie dentaire

par

EDGAR NETTELBECK

Médecin-Dentiste

de GENÈVE (Suisse)



THÈSE N° 59.

GENÈVE

IMPRIMERIE GUTENBERG (E. Rigaud) 14, rue de Hollande

1928

L'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de Docteur en Chirurgie dentaire

par

EDGAR NETTELBECK

Médecin-Dentiste

de GENÈVE (Suisse)



THÈSE N° 59.

GENÈVE

IMPRIMERIE GUTENBERG (E. Rigaud) 14, rue de Hollande

1928

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Professeur A. Bardet, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 13 juin 1928.

Le Doyen,
M. ROCH.

Qu'il nous soit permis d'exprimer nos vifs remerciements à Monsieur le Professeur A. Bardet, pour les précieux conseils qu'il nous a prodigué pendant l'élaboration de ce travail.

E. NETTELBECK.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES GRANDS-PARENTS,

A MES CHERS PARENTS.

L'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE

INTRODUCTION.

Les difficultés que rencontrent parfois les praticiens pour l'extraction des dents de sagesse, nous ont incité à rechercher des méthodes pouvant aider à les surmonter.

La dent de sagesse, soit supérieure, soit inférieure, est la dent la plus fréquente en position vicieuse.

La mauvaise visibilité, la place réduite, et ce qui est plus grave, les accidents produits par la dent de sagesse, (Ex. le Trismus) compliquent sérieusement la tâche du dentiste.

CHAP. I. — INDICATIONS DE L'EXTRACTION.

La troisième molaire est la dent la plus souvent frappée d'anomalie dans toute la série dentaire, principalement de forme, de structure, de direction. Elle est à peu près la seule de la série permanente qui donne naissance à des accidents d'éruption.

L'insuffisance du développement des maxillaires est dans la majorité des cas, la cause des accidents.

Au maxillaire inférieur, par ex. où l'évolution et l'éruption difficiles s'observent fréquemment, on constate sur nombre d'adolescents, que l'apophyse coronoïde touche presque la deuxième molaire sans qu'il y ait la place nécessaire pour la troisième.

Quoiqu'il en soit, il n'en est pas moins certain que le développement du maxillaire chez les races sauvages favorise le placement et l'évolution normale de la molaire de sagesse et que c'est surtout dans les races civilisées qu'il existe à ce sujet une pathologie spéciale.

Cependant, d'après des mensurations faites dans certaines cliniques sur les infirmiers et les étudiants, la petitesse des maxillaires était évidente chez les intellectuels. Est-ce à dire que l'intelligence est l'apanage des petites mâchoires ?

Au maxillaire supérieur, les accidents sont peu fréquents et quand ils se produisent, ils sont généralement légers, la dent ayant plus de place pour évoluer. La troisième molaire supérieure est assez souvent déviée en dehors.

A la mâchoire inférieure, les désordres sont plus fréquents et plus compliqués, plus à gauche qu'à droite. Des observations de Monsieur Reclus, faites à l'Ecole pratique, semblent montrer que généralement la moitié gauche de la parabole des maxillaires est un peu moins longue que la droite. Cela confirme le rôle pathogénique de l'insuffisance du développement de l'arcade.

Les preuves directes de l'évolution et de l'éruption vicieuses de la dent de sagesse sont parfois très difficiles à établir. Bien souvent, la conviction ne peut se former que lorsqu'on a éliminé les autres causes possibles du désordre. La contraction des mâchoires, le siège interosseux de l'altération sont autant d'obstacles à l'examen.

La conviction s'établira par l'examen buccal, l'attouchement de la gencive avec le doigt ou un instrument, le miroir pourra faire voir une portion de couronne se faisant jour, la sonde ou l'excavateur perçant la gencive permettra de sentir l'émail qui donnera au toucher la sensation du corps dur, lisse ; à la percussion, un son clair, presque métallique ; tandis que le contact de l'os serait rugueux, le son mat ; enfin la radiographie complètera et confirmera notre diagnostic.

Si l'extraction est la seule ressource pour éviter des accidents graves, elle ne sera pas différée.

CHAP. II. — CONFIGURATION DES DENTS DE SAGESSE SUP. INF.

1. *Dent de sagesse supérieure.*

La dent de sagesse supérieure a en général trois racines d'ordinaire fusionnées en une seule, tout au moins dans leur partie peri-cervicale qui correspond à la prise du davier. Les trois racines forment souvent un bloc conique incurvé en arrière. L'extraction de cette dent est, malgré les anomalies et les sinuosités de ses racines, assez facile, du fait que le tissu alvéolaire qui l'entoure, est peu dense et plutôt mou.

2. *Dent de sagesse inférieure.*

Normalement la dent de sagesse inférieure a deux racines assez courtes, une mésiale, une distale dont la longueur est de 10-12 mm. ; ces racines sont plus trapues et plus arrondies que celles des deux autres molaires inférieures ; leur pointe est incurvée distalement. On les trouve ou séparées sur toute leur longueur, ou plus ou moins fusionnées sur une partie de cette longueur.

Généralement, ces racines ont dans l'ensemble une direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière. C'est un renseignement à demander à la radiographie ; si cette orientation existe, elle constitue une indication formelle pour orienter les mouvements de luxation, non pas de dedans en dehors qui est l'action du davier, mais bien de bas en haut et d'avant en arrière. C'est précisément le mouvement que produit l'instrument appelé langue de carpe.

Il n'est pas d'extraction plus difficile à réaliser que celle d'une dent de sagesse inférieure. Cette dent est sujette à tant d'anomalies radiculaires, à tant de malpositions, qu'il n'est plus possible de l'extraire sans recourir à la radiographie.

Les accidents que cette dent provoque par son éruption, dont la manifestation la plus fréquente est le trismus, obligent l'opérateur à agir, alors que les arcades sont plus ou moins serrées. L'emploi du davier est impossible, les élévateurs s'imposent.

CHAP. III. — ANESTHÉSIE POUR L'EXTRACTION.

Nous employons pour l'anesthésie la novocaïne-suprénaline en solution à 2%. Il faut que la solution soit parfaitement stérile et ne soit pas teintée en jaune (solution trop ancienne ou exposée à la lumière).

La seringue doit contenir au moins 2cc et être stérile.

Il est essentiel que le piston et le corps de pompe soient parfaitement étanches. Les aiguilles d'acier inoxydable très fines, pointues, adaptées à un embout à vis, sont les meilleures ; elles seront courtes pour les injections locales et atteindront 4 cm. pour les injections régionales du maxillaire inférieur.

1) *Anesthésie de la dent de sagesse supérieure.*

Il reste entendu que dans certains processus inflammatoires, on ne peut faire une injection. Nous envisagerons le cas de l'opération à froid, l'opération à chaud devant être tentée dans les cas pressants seulement.

Pour la dent de sagesse supérieure, l'injection locale suffit amplement. Une injection linguale et une injection

buccale sous-périostées amènent une prompte anesthésie. Quand la dent n'a pas encore fait son éruption, on pratique une troisième injection directement dans le bourrelet gingival qui se trouve au-dessus de la dent.

2) *Anesthésie de la dent de sagesse inférieure.*

Là, nous avons le choix entre deux méthodes : l'anesthésie locale et l'anesthésie régionale.

Anesthésie locale : Roy a mis au point une technique qu'il décrit comme suit :

« Pratiquer l'anesthésie complète de la seconde molaire, voire même de la première, comme si l'on voulait enlever ces dents. Ceci fait, injecter la muqueuse du collet de la dent de sagesse, mais sans insister sur ce point, sauf dans les cas où la présence d'une fibro-muqueuse notable permet de le faire. Injecter alors la région postérieure à la dent de sagesse, c'est-à-dire une portion de la branche du maxillaire sur chacune de ses faces. Pour cela, ayant repéré du doigt la ligne oblique externe, pousser l'aiguille sur celle-ci de façon à atteindre le périoste que l'aiguille dilacère légèrement ; injecter quelques gouttes de solution. Faire une ou deux nouvelles injections un peu plus haut, le long du bord antérieur de la branche montante, en ayant toujours soin de pousser l'aiguille jusqu'au contact de l'os.

Pousser ensuite une, deux, trois injections à la face linguale de la branche du maxillaire toujours de la même manière, sans chercher à atteindre l'Épine de Spix.

Chacune de ces injections doit déposer quelques gouttes de solution : pour une dent de sagesse il faut compter user deux ampoules de 2 cc. de solution novocaïne-adrénaline à 1 % » (Roy).

Anesthésie régionale : C'est le procédé de choix. Il arrive souvent que la dent de sagesse est incluse ; il faudra alors pratiquer une résection osseuse et l'anesthésie locale ne peut être complète. L'application de cette méthode est particulièrement intéressante. Avec une seule piqûre et une dose minime de substance anesthésique, on obtient l'insensibilisation de toute une moitié du maxillaire. Enfin, alors que l'état d'inflammation de la gencive ou du ligament, d'arthrite suppurée etc., ne permet pas d'obtenir une

insensibilité quelconque, l'anesthésie régionale donne une insensibilité parfaite.

On se servira d'une seringue armée d'une aiguille de 4 cm. contenant 2 cc. de solution novocaïne-suprérarine à 2 %. On fait l'injection à l'Epine de Spix suivant la méthode de Guido Fischer pour atteindre le nerf dentaire inférieur.

Mettre l'index de la main droite pour l'injection à gauche et celui de la main gauche à droite en arrière de la 3^{me} molaire.

On sent l'apophyse coronoïde et deux crêtes osseuses. En descendant le long de ces deux crêtes, soit la ligne oblique interne et le bord du maxillaire, on sent *la fossette rétro-dentaire*.

L'index mis dans cette position, fixé sur la troisième molaire, on met l'aiguille de la seringue le long du doigt, on l'enfonce, ensuite on la pousse en la déjetant vers l'extérieur : arrivé à 1½ cm. de profondeur, on injecte 2 cc.

L'insensibilisation du maxillaire met environ 15 à 20 minutes à venir et dure une heure. Le nerf est atteint difficilement, car il est entouré d'une gaine épaisse. Des fourmillements dans la langue et les lèvres, la sensation de lourdeur dans le maxillaire indiquent le début de l'anesthésie. Il est prudent de faire encore une injection locale au niveau de la 2^{me} molaire pour insensibiliser cette partie innervée par des branches du nerf buccal et du masséterin.

Anesthésie totale. Dans les cas de trismus prononcé où l'extraction de la dent de sagesse doit se faire immédiatement, il faut faire une anesthésie générale à l'éther.

Le dentiste doit se faire aider par un médecin qui pratique l'anesthésie après avoir pris toutes les précautions nécessitées par le cas.

CHAP. IV. — INSTRUMENTATION.

DAVIERS.

a) *Pour les dents de sagesse supérieures.*

Ces dents ayant trois racines fréquemment réunies, le davier pour l'avulsion de ces dents a des mors concaves, sans pointe, et il sert aussi bien pour le côté droit que pour le côté gauche.

Les branches du davier sont à double courbure, c'est-à-dire qu'elles forment avec les mors une baïonnette, ce qui permet de saisir la dent suivant son axe d'implantation.

Le davier à baïonnette, à mors épais peut aussi être utilisé lorsque la dent est en vestibulo-version ou qu'elle est profondément cariée.

b) *Pour les dents de sagesse inférieures.*

Le *davier à bec de faucon* pour molaires inférieures est seul utilisé : ses mors égaux et symétriques se terminent par une pointe qui pénètre entre les racines, tandis que de chaque côté de la pointe, les mors présentent une gouttière destinées à embrasser chaque racine.

Le *davier ordinaire pour molaire inférieure* a, contrairement au précédent, ses branches parallèles à l'arcade dentaire ; les mors sont identiques à ceux du précédent.

Nous n'en conseillons pas l'usage, il masque à l'opérateur la vue du champ opératoire.

Le *davier genre Routurier* est un davier à bec de faucon, mais avec les branches coudées : les mors et les branches sont parallèles ; il en faut un à gauche et un à droite.

Ce davier assure une grande visibilité et permet de saisir la dent dans son axe.

ELÉVATEURS.

Les élévateurs sont les auxillaires indispensables du davier ; ils sont particulièrement indiqués pour les dents de sagesse à demi-incluses ou pour leurs racines, lorsque la dent est très cariée.

L'élévateur du Dr Pont est un élévateur droit très résistant, à lame effilée. Il est souvent utilisé pour luxer la dent de sagesse inférieure.

On emploie aussi les *élévateurs coudés* pour extraire les racines des dents de sagesse.

Le *pied de biche* est un élévateur dont l'extrémité est excavée en curette présentant un ou deux points.

La *langue de carpe* est l'instrument de choix pour luxer la dent de sagesse inférieure en s'appuyant sur la 2^{me} grosse molaire, mais à condition que la dent de six ans existe aussi.

On court toujours le risque de fracturer la dent sur laquelle on s'appuie.

C'est un élévateur dont l'extrémité est taillée en fer de bêche ou de lance, terminée par un biseau rectiligne, c'est-à-dire sans pointe. La langue de carpe présente un coude sur lequel l'index prend point d'appui.

L'élévateur de Davidson et Barry est un élévateur à lame très fine, en pointe et coudée. Il sert surtout pour l'extraction des racines après avoir détruit le septum alvéolaire.

Les élévateurs ont l'avantage sur les daviers de fracturer rarement le bord alvéolaire et d'éviter le déchiquetage des gencives.

Ils jouent un grand rôle pour l'extraction des dents de sagesse inférieures. En cas de dents incluses, on utilise encore :

Un bistouri triangulaire pour fendre la gencive.

Une rugine pour décoller le périoste.

Des fraises rondes ou à fissures : Le Dr Kieffer de Strasbourg a créé des fraises à fissures plus longues que celles utilisées habituellement, pour l'alvéotomie ou pour séparer les racines des dents, afin de faciliter l'opération.

Eventuellement un gouge et un marteau pour réséquer l'os autour d'une dent incluse : la fraise doit être préférée.

Le *syndesmotome* qui est destiné non pas à déchausser la gencive comme les anciens déchaussoirs de Fauchard, Harry etc. mais bien à sectionner le ligament alvéo-dentaire extrinsèque.

CHAP. V. — DES DIVERSES POSITIONS VICIEUSES DE LA DENT DE SAGESSE.

La dent de sagesse supérieure est rarement en position très vicieuse. Il n'en est pas de même pour la dent inférieure.

C'est surtout elle qui nous occupera.

La radiographie nous aidera à révéler les positions bizarres que peut prendre la 3^{me} molaire inférieure.

Chaque auteur se fait un plaisir de montrer les divers cas qu'il a rencontrés dans sa clientèle. Nous avons pris les radiographies les plus démonstratives et les commenterons à mesure.

No. 1. *Radiographie intrabuccale.*

La dent de sagesse inférieure est incluse, en position presque horizontale. Sa face triturante repose contre la face distale de la couronne et le haut de la racine distale de la 2^{me} molaire. Les racines, au nombre de deux, sont



N^o 1



N^o 2



Nº 3



Nº 4



Nº 5

nettement séparées et légèrement repliées en crochet à leur apex; elles sont dans la branche montante du maxillaire.

No. 2. *Radiographie intrabuccale.*

La dent de sagesse inférieure est incluse en position oblique.

Sa face triturante est couverte d'une épaisse couche de fibro-muqueuse. Le bord mésial de la couronne repose contre le collet de la deuxième molaire. Malheureusement, les racines ne nous ont pas été révélées; elles paraissent fusionnées.

No. 3. *Radiographie extra-buccale.*

La dent de sagesse inférieure droite est incluse, en position verticale, recouverte par la fibro-muqueuse. Une racine unique, de forme conique est terminée par un crochet. Voilà une complication de plus pour procéder à son extraction.

No. 4. *Radiographie extra-buccale.*

La dent de sagesse gauche est partiellement incluse, en position oblique. Le bord mésial de sa couronne repose contre la face distale de celle de la deuxième molaire.

Il y a deux racines soudées entre elles.

No. 5. *Radiographie extra-buccale.*

C'est la plus intéressante. La dent est totalement incluse dans le corps du maxillaire inférieur. Malheureusement la colonne vertébrale nous masque l'état des racines. Il aurait fallu reprendre une nouvelle radiographie sous un autre angle.

Nous voyons, par ces quelques cas, les positions fantaisistes que peut prendre la dent de sagesse et nous comprenons pourquoi tant de techniques pour l'extraction ont été décrites.

CHAP. VI. — TECHNIQUES DIVERSES DE L'EXTRACTION.

1. *Maxillaire supérieur.*

La dent de sagesse a fait son éruption. Pour pratiquer facilement l'extraction, il est recommandé de ne pas trop écarter les arcades dentaires, ce qui aurait pour résultat

de faire masquer le champ opératoire par l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur.

Etant données les formes les plus diverses que présente la dent de sagesse, indiquer une technique spéciale pour tous les cas qui peuvent se présenter, est assez difficile. Agir avec beaucoup de prudence et ne pas oublier que des mouvements brutaux sont susceptibles de fracturer une plus ou moins grosse partie de la tubérosité du maxillaire supérieur en extrayant la dent.

Si l'état de la couronne indique l'emploi du davier baïonnette pour une dent de sagesse, celui-ci sera placé au collet anatomique et ne sera pas enfoncé plus avant pour ne pas risquer de prendre les bords de la tubérosité du maxillaire.

Faire des mouvements de latéralité d'abord légers, puis accentués vers l'extérieur. Au besoin, exécuter quelques mouvements de rotation, les racines de la dent de sagesse étant souvent fusionnées et présentant la forme d'un cône. Dès que la dent est luxée, l'extraire de son alvéole.

S'il ne reste que les racines de la dent de sagesse, les extraire avec le davier baïonnette fin, ou à l'élévateur de Pont.

2. La dent de sagesse est incluse.

La radiographie nous renseignera immédiatement sur la place exacte occupée par la dent en rapport avec le sinus et la tubérosité du maxillaire supérieur.

L'extraction d'une dent de sagesse incluse est obligatoire lors d'extractions multiples chez une personne au-dessous de 18 ans pour la pose d'un appareil complet supérieur.

La technique est la suivante :

L'incision de la muqueuse est dirigée du versant lingual de la gencive, depuis un point quelconque antérieur à celui de l'apex de la dent qui aurait normalement fait son éruption, sur la protubérance alvéolaire en arrière de la seconde molaire et menée jusqu'au versant buccal.

Si la tubérosité du maxillaire est visible, repousser la coiffe de muqueuse distalement. Si la tubérosité est proéminente, faire une seconde incision perpendiculaire à la première sur le processus alvéolaire.

Décoller le périoste à la rugine, détruire s'il y a lieu, l'os qui recouvre la dent à la fraise ou mieux à la gouge, pour

éviter des complications postopératoires, la dent bien découverte peut être saisie avec le davier baïonnette ou soulevées par un élévateur droit en s'infiltrant entre l'os et elle-même.

Maxillaire inférieur.

1. La dent de sagesse a fait son éruption.

L'extraction de la dent de sagesse inférieure est celle qui a le plus prêté à discussion et pour laquelle on a toujours cherché de nouvelles méthodes et de nouveaux instruments.

Cette dent est difficile à extraire à cause de sa forme et de son point d'implantation variable et aussi, à cause des nombreux accidents auxquels donne lieu son évolution.

Le davier bec de faucon, nous sert pour son extraction et l'on procède en commençant par des mouvements de luxation, les mors de la pince étant suffisamment descendus le long des racines.

La langue de carpe est très en honneur ; on l'insinue derrière la deuxième molaire et par une pression sur le manche, on lui fait effectuer une rotation ; le bord inférieur de la lame s'arc-boute contre la face mésiale du collet de la dent de sagesse qui bascule en arrière et en haut. Il n'y a plus qu'à cueillir la dent luxée avec le bec de faucon. L'emploi de la langue de carpe est très dangereux ; il faut manier cet instrument avec prudence, car la deuxième molaire peut être facilement ébranlée, voire luxée ou fracturée.

Pour l'extraction de la dent de sagesse inférieure, on utilise aussi l'élévateur suivant la méthode du Dr Pont.

Si, sur un squelette, nous examinons la région alvéolo-dentaire de la troisième molaire inférieure, nous constatons que la dent est bordée par des parois alvéolaires très épaisses en dehors, vers la paroi jugale, et en arrière, vers la région montante ; au contraire, du côté interne, la paroi alvéolaire linguale ressemble à une mince feuille de parchemin, translucide, presque transparente sur la plupart des maxillaires.

Or, avec les daviers, nous luxons la dent du côté externe et avec la langue de carpe, nous la faisons basculer d'avant en arrière, c'est-à-dire dans l'un et l'autre cas, toujours vers la paroi la plus épaisse et la plus résistante de l'alvéole.

La langue de carpe, comme dit plus haut, a l'inconvénient

de nécessiter un point d'appui sur la deuxième molaire qui peut être ébranlée.

Si la première molaire manque, cet accident est encore plus à redouter, malgré le petit procédé bien connu, qui consiste à placer un coin entre la deuxième molaire et la deuxième prémolaire.

Enfin, l'emploi de la langue de carpe est très difficile lorsqu'il s'agit d'une dent de sagesse découronnée ou n'ayant plus que sa face mésiale. Il en est de même pour les dents de sagesse incluses ou qui évoluent horizontalement, montrant à peine leurs cuspidés postérieurs, à fleur de gencive, immédiatement en arrière de la deuxième molaire.

L'examen ostéologique nous montre donc que la paroi alvéolaire interne est la plus mince et la plus dépressible, tandis que la paroi jugale est la plus épaisse et la plus résistante.

Dr Pont a pensé qu'il était plus rationnel de luxer la dent en dedans, en prenant point d'appui sur la paroi alvéolaire externe.

L'extraction est ainsi plus facile et on risque moins de fracturer l'alvéole. Pour cela, il a fait construire un élévateur droit, dont l'extrémité arrondie est très coupante, pour faire ce que Chompret a appelé la syndesmotomie et afin de pénétrer plus facilement entre l'alvéole et la racine.

Voici les divers temps de l'opération :

Le patient, comme pour toutes les dents du bas, sera assis aussi bas que possible, la tête droite et le buste également.

Pour le côté gauche, l'opérateur se place en avant et en face de son malade. Pour la dent de sagesse droite, il se place un peu en arrière et à droite, le bras gauche entourant la tête du patient.

On immobilisera entièrement le maxillaire inférieur entre le pouce et les autres doigts de la main gauche.

On prend l'élévateur à pleine main en allongeant l'index, dont l'extrémité devra venir presque toucher la partie terminale et coupante de l'instrument. On évitera ainsi tout dérapage et tout accident.

On insinue l'extrémité de l'élévateur entre la racine et la paroi alvéolaire jugale et on l'enfonce en faisant de petits mouvements de rotation de gauche à droite et de droite à gauche. Lorsqu'on a pénétré un peu profondément, on

fait basculer le manche de l'élevateur en dehors, vers la joue et immédiatement on voit la dent se luxer en dedans vers la langue. Dans certains cas même, il est inutile de faire le mouvement de luxation, car, à mesure que l'on enfonce l'élevateur la racine sort de l'alvéole.

On pourrait redouter la chute de la dent dans le pharynx ou dans les voies respiratoires ; on évite cet accident en appuyant l'extrémité de l'index de la main gauche sur la couronne pendant les manœuvres de luxation.

Dans les cas où la radiographie nous a révélé que la dent de sagesse inférieure est armée de racines très divergentes ou trop convergentes, enfermant le septum alvéolaire, il est bon de partager la dent pour luxer ensuite les racines séparément.

On procède ainsi : Monter une fraise à fissure sur le tour électrique en se servant soit de l'angle, soit de la pièce à main. Repérer le point de rencontre des racines au collet de la dent, s'infiltrer avec la fraise entre les racines et fraiser la dent en remontant vers la face triturante. Une fois la dent partagée, il est facile d'extraire les racines au bec de faucon ou à l'élevateur.

Pour les racines de dent de sagesse, l'élevateur nous rendra les plus grands services.

1. La dent de sagesse inférieure est incluse.

En présence d'une dent de sagesse incluse, la radiographie est indispensable : seule, elle révèle la situation exacte de la dent, la direction de ses racines et la quantité de tissus osseux qui la recouvre ou qui l'épaule.

Auparavant, l'intervention pour extraire la dent de sagesse par les procédés habituels, était souvent aveugle et très laborieuse ; aussi ne pouvait-on obtenir une prise efficace, qu'en écrasant les rebords alvéolaires pour saisir la dent ; au cours des manœuvres, on fracturait la dent ou on provoquait l'éclatement des parois alvéolaires.

Or, ce qu'il faut éviter à tout prix, c'est de léser la paroi interne de l'alvéole, non seulement à cause de ses rapports avec l'artère et le nerf dentaires inférieurs, mais surtout parce que tout traumatisme violent à ce niveau, favorise à l'extrême l'extension de l'infection vers le canal dentaire, le plancher de la bouche, le pharynx. Du côté externe (jugal) au contraire, la voie est libre, facilement accessible,

sans danger. C'est là qu'il faut se créer, par résection osseuse, une voie d'accès artificielle.

Nous conseillons d'avoir recours à la technique suivante, simple et vraiment chirurgicale, d'usage courant en Amérique :

L'anesthésie doit être pratiquée par une injection à l'Épine de Spix, ce qui présente l'avantage d'être faite à distance du champ opératoire :

1^{er} temps : Incision gingivale.

Une première incision qui va d'emblée jusqu'à l'os, part de la face linguale de la deuxième molaire, suit le bord lingual du maxillaire inférieur vers sa partie postérieure aussi loin qu'il est nécessaire, puis, de là se coude à angle droit, pour se diriger vers la joue en passant devant la base de l'apophyse coronoïde.

Une deuxième incision est branchée sur la première au niveau de l'angle disto-lingual de la deuxième molaire, suit la face postérieure de cette deuxième molaire, contourne la moitié de sa face externe et de là descend en se coudant à angle droit vers la joue.

Le lambeau ainsi dessiné, à base externe adhérente, sera libéré au bistouri et à la rugine et récliné en dehors, ce qui découvre largement la région.

On a préconisé d'autres incisions, mais elles ont l'inconvénient de présenter deux lambeaux qui ont toujours tendance à recouvrir la région où l'on doit opérer.

2^{me} temps : Destruction à la gouge (à préférer, car les suites opératoires sont moins graves qu'à la fraise) ou plus aisément à la fraise montée sur le tour électrique, de la paroi osseuse supérieure qui recouvre la dent incluse.

La gouge décolle l'os par copeaux beaucoup plus gros que ceux décollés par la fraise : leur élimination par lavage s'en trouve facilitée.

3^{me} temps : Destruction à la gouge ou mieux à la fraise de la paroi alvéolaire externe.

Cette résection expose toute la couronne et les racines, que la dent soit verticale, oblique ou couchée.

4^{me} temps : On commence alors à ébranler la dent en introduisant par des mouvements de bascule, un élévateur droit ou coudé suivant la position de la dent. Puis, la dent

une fois mobilisée dans son alvéole, est soulevée et extraite.

Nous insistons sur ce point, que la paroi alvéolaire linguale, paroi dangereuse n'a pas été lésée.

Cette technique, vraiment chirurgicale, donne pour l'extraction de la dent de sagesse, une grande facilité qui contraste singulièrement avec la violence quelque peu aveugle, des procédés anciens.

CHAP. VII. — CAS CLINIQUES.

Nous ne parlerons pas des cas simples rencontrés dans notre pratique, où la dent de sagesse était en position normale et facile à extraire, par le davier baïonnette pour la dent supérieure, et le bec de faucon pour l'inférieur.

Cas No. 1. Monsieur D. Extraction de la 8^e découronnée.

Le patient vient nous consulter pour l'état de sa bouche.

Il lui reste 5 dents à la mâchoire supérieure, soit 871|34.

La dent de sagesse est totalement découronnée et cachée par la dent de douze ans qui est entière.

Nous décidons de tout extraire. L'extraction de la dent de douze ans, nous démasquera la molaire de sagesse.

L'extraction des racines de cette dent de sagesse paraissait facile, mais le malade avait un léger début de trismus. Il était impossible de se servir du davier baïonnette, les éleveurs s'imposaient.

Nous avons commencé par séparer à la fraise à fissures montée sur l'angle, les deux racines, après avoir fait une anesthésie locale, afin de pouvoir les extraire séparément.

Puis, nous servant de l'élevateur de Pont, nous avons ébranlé la racine mésiale et l'avons extraite en faisant basculer l'élevateur.

La racine distale n'étant pas accessible avec l'élevateur droit, nous nous sommes servi de l'élevateur coudé, en le mettant dans l'alvéole vide de la racine mésiale et en détruisant le septum alvéolaire, la racine a été soulevée, puis enlevée avec les doigts.

Dans les cas d'extraction de racines de dents de sagesse supérieures, il faut toujours prendre des précautions pour éviter la chute de la dent dans le pharynx, car, pour avoir

de la lumière jusqu'au fond de la bouche ; l'opéré aura la tête renversée.

Cas No. 2. Monsieur J. 19 ans, Extraction de la 8 incluse.

L'extraction totale des dents supérieures étant nécessaire il fallait aussi extraire la dent de sagesse supérieure droite qui était encore incluse.

Il était facile de délimiter la place occupée par la dent sous la fibro-muqueuse avec la sonde.

Après une anesthésie locale, la muqueuse fut tranchée en forme de croix, au bistouri. En réclinant avec la rugine les quatre lambeaux, la couronne de la dent apparut. Après avoir ébranlé la dent avec un élévateur droit, glissé du côté interne entre la couronne et la paroi alvéolaire, il n'y avait qu'à cueillir la molaire de sagesse avec un davier baïonnette.

La dent était petite et sa racine était de forme conique.

Les cas semblables vus dans notre clientèle, où la dent de sagesse supérieure était incluse, l'ont été chez des personnes d'une vingtaine d'années au plus.

La dent était toujours petite et la racine de forme conique.

Ainsi, les dents de sagesse supérieures, même incluses, ne sont en général pas difficiles à extraire.

Cas No. 3. Monsieur C... Dent 18.

Le malade vient à notre consultation pour se faire extraire la dent de sagesse gauche inférieure. Il a toutes ses dents saines aux deux mâchoires. Il y a une grosse inflammation autour de la dent, davantage du côté jugal et en arrière, accompagnée de pus.

Pas de trismus prononcé. La dent est saine et à demi-incluse ; elle est en position oblique, le bord mésial de la face triturante repose contre le collet distal de la deuxième molaire.

Le malade nous dit que cette inflammation avait paru, il y a une quinzaine de jours avec trismus passager, puis avait cessé.

Nous décidons d'extraire immédiatement la dent.

Nous faisons quelques irrigations désinfectantes, et nous pratiquons une anesthésie régionale, la seule qui fut permise, avec 2 cm. ³ de solution novocaïne-adréraline à 2%.

Nous commençons par dégager le reste de la couronne en coupant le bourrelet de gencive au bistouri. Puis, nous

servant d'un élévateur droit, nous essayons d'ébranler la dent. Enfin, avec le davier bec de faucon, nous parvenons à extraire cette grosse molaire de sagesse.

Cette fameuse dent était armée de 4 racines nettement séparées, recourbées du côté distal. La dent n'avait aucune carie.

L'inflammation était due uniquement à des accidents de voisinage.

Un léger trismus a suivi pendant environ 24 heures cette extraction.

Nous avons revu le patient dix jours après, l'inflammation avait totalement disparu, la plaie s'était déjà en grande partie cicatrisée.

Cas No. 4. Monsieur M... 81 dont il ne reste que les deux racines. Le patient arrive à notre consultation avec un fort trismus ; il ne peut desserrer les dents de devant à plus de 1½ cm.

En visitant la bouche, nous découvrons les deux racines de la dent de sagesse inférieure droite, qui sont très sensibles à la moindre pression. Les autres dents, supérieures ou inférieures, ne sont pas ou peu cariées.

Le malade a résisté une semaine à des douleurs parfois violentes et l'empêchant de dormir. Voyant que le mal empirait, il s'est décidé à venir nous voir.

Comme le client veut être débarrassé immédiatement de sa dent, nous faisons une anesthésie régionale.

Dans ce cas, il est tout à fait impossible de se servir du davier. Nous pratiquons comme suit l'extraction.

Il s'agit d'enlever la racine mésiale avec l'élévateur du Dr Pont et selon sa méthode. Le peu de visibilité complique un peu notre tâche, mais nous parvenons, en faisant basculer l'élévateur, à ébranler cette racine et à l'extraire.

Ce premier temps exécuté, nous prenons l'élévateur coudé, et pénétrant dans l'alvéole de la racine mésiale, nous arrivons non sans peine, à chasser la racine distale qui saute directement hors de la bouche du patient.

Après quelques irrigations au permanganate de potasse, nous recommandons au malade de revenir nous voir au bout de deux jours si son trismus ne disparaît pas :

Le patient n'a jamais reparu.

CONCLUSION.

L'extraction de la dent de sagesse, en raison des positions si nombreuses que cette dent occupe, restera toujours un peu compliquée.

Les multiples instruments inventés, les diverses techniques mises au point par différents auteurs, ont déjà bien facilité la tâche des opérateurs.

La radiographie a fait faire un immense pas en avant dans cette voie : avec elle, l'extraction devient une opération pour laquelle nous pouvons nous préparer et rechercher la méthode qui convient le mieux au cas. Nous ne travaillons ainsi plus en aveugles comme auparavant.

Dans les cas de dents incluses inférieures, étudier sur le cliché radiographique, les rapports de voisinage entre la dent et le canal dentaire inférieur. On nous a présenté un jour un cliché où le nerf dentaire inférieur passait entre les racines de la molaire de sagesse. On se rend compte des accidents graves qui pourraient résulter de lésions au nerf ou à l'artère dentaires inférieurs.

Au maxillaire supérieur, il est très rare que les racines de dents de sagesse aient des rapports étroits avec le sinus.

Lorsque les dents n'ont pas fait leur éruption, une radiographie s'impose, surtout pour se rendre compte si la dent existe réellement, car il arrive que le follicule dentaire n'est jamais apparu.

Suivant les cas, on prend soit une radiographie intra-buccale, soit une radiographie extra-buccale, cette dernière lors de processus inflammatoires ou de trismus.

Enfin, pour extraire avec succès une dent de sagesse, surtout en position vicieuse, la marche suivante est à suivre :

Prendre une radiographie, si on le juge nécessaire.

Choisir l'anesthésie, soit locale ou régionale, soit générale lors de trismus.

Avoir sous la main tous instruments utiles, soit :

Daviers, élévateurs, bistouri, gouge.

Agir pour l'opération avec circonspection ; il est inutile de se hâter et de provoquer ainsi des accidents ou des lésions involontaires.

Après l'extraction, désinfecter avec soin la plaie et recommander des bains de bouche à son patient. Lors d'extractions de dents du bas principalement il faut pratiquer des irrigations avec des antiseptiques faibles (permanganate par ex.) au moyen de la poire à eau toutes les 2 heures pendant 2 à 3 jours pour éviter toute infection et la stagnation des aliments dans la plaie.

Dans les cas de dents incluses, où l'on a dû sectionner la gencive pour mettre la dent à découvert, nous n'avons jamais recousu, comme quelques auteurs le préconisent. Après les opérations à chaud, c'est-à-dire avec processus inflammatoire, le drainage de la plaie s'effectuera très simplement, sans devoir mettre des mèches de gaze, comme il faudrait le faire lorsqu'on pratique des sutures.

BIBLIOGRAPHIE.

Adolphe BERGER : *The Principles and Technique of Oral Surgery* 1927.

Adolphe BERGER : *The Use of elevators in the Removal of Teeth ; Dental Items of Interest* : Février, Mars, Avril, Mai 1927.

E. FRITEAU : *Manuel du Candidat aux examens de Chirurgien-Dentiste*, 3^{me} Edition, Tome 2.

A. PONT : *Maladies des dents et de la bouche*. Collection Testut 1921.

Paul DUBOIS : *Aide-mémoire du Chirurgien-Dentiste : Affections dentaires de la cavité buccale et des maxillaires* 5^{me} édition 1913.

Ch. LENORMANT et Pierre BROcq : *Chirurgie de la tête et du cou*.

Joseph KIEFFER : *Ueber schwierige Extraktionen*.

Revue mensuelle suisse d'odontologie, juillet 1927.